

Çocukta Rüptüre Akciğer Kist Hidatiği Olgusu

Ruptured Pulmonary Hydatid Cyst: a Case Report

Tanju Çelik¹, Bülent Akçora², Murat Tutunç¹, Tülin Durgun Yetim³, Sinem Karazincir⁴, Mehmet Mustafa Akın⁵, Mehmet Emin Çelikkaya², Ahmet Kurtoğlu¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

²Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

³Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

⁴Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

⁵Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

ÖZET

Kist hidatik (KH) dünyada oldukça yaygın olup çoğunlukla köpek dışkı yoluyla insana bulaşan tarım ve hayvancılığın yaygın olduğu ülkelerde sık görülen *Echinococcus granulosus*'un neden olduğu paraziter bir hastalıktır. KH klinik olarak sıklıkla karaciğer ve akciğere yerleşmektedir. Akciğer yerleşiminde göğüs ağrısı, öksürük, nefes darlığı, nonspesifik ateş ve hemoptizi gibi şikâyetlere neden olabilir. KH tanısında görüntüleme yöntemleri Akciğer Grafiği, Tomografi ve fizik muayeneyi içerir. Akciğer kist hidatiğinin tedavisi klinik bulgular ve cerrahi deneyime bağlı olarak değişmekle birlikte öncelikli olarak cerrahidir. Cerrahi tedavide en sık kistektomi ve kapitonaj yöntemleri uygulanmaktadır. Medikal tedavi komplike vakalarda cerrahiye ek olarak ve ya çıkarılmayacak kadar çok lezyonu olanlarda, cerrahi girişimi reddedenlerde ve tolere edemeyeceği düşünülen vakalarda uygulanır. Tedavide albendazol ve türevleri kullanılmaktadır. Bu vaka takdiminde, biz öksürük, göğüs ağrısı, dispne, halsizlik ve ateş gibi nonspesifik semptomları olan ve radyolojik olarak KH düşünülen çocuk olguda akciğer kist hidatiği sunduk. (*Türkiye Parazitol Derg 2012; 36: 45-7*)

Anahtar Sözcükler: Akciğer kist hidatiği, çocukluk dönemi, ekinokok

Geliş Tarihi: 12.11.2011

Kabul Tarihi: 03.02.2012

ABSTRACT

Hydatid cyst (HD), a very common disease in the world, is often transmitted to humans through dog feces. HD is especially common in countries where agriculture and animal husbandry is prevalent. HD is caused by *Echinococcus granulosus*. The clinic course of HD usually features settling in the liver and lungs. Lung involvement with chest pain, cough, shortness of breath can cause non specific symptoms such as fever and hemoptysis. Diagnostic interventions for HD include chest X-ray tomography, and physical examination. Although the treatment options of HD vary according to the clinical findings of the patients, the primary treatment may be considered as surgery. The most frequently applied methods of surgical treatment are cystectomy and capitonage. Medical treatment is usually warranted for complicated cases, including the patients with multiple and unresectable lesions, patients who refuse surgery and the patients who cannot tolerate surgery. Treatment with albendazole and its derivatives are used. In this case report, we present a child with primary complaints of cough, chest pain, dyspnea, fatigue and fever who was latterly diagnosed with lung HD. (*Türkiye Parazitol Derg 2012; 36: 45-7*)

Key Words: Pulmonary hydatid disease, childhood, echinococcus

Received: 12.11.2011

Accepted: 03.02.2012

GİRİŞ

Kist hidatik doğada yaygın olarak bulunan *Echinococcus granulosus* ile meydana gelen paraziter bir enfeksiyon hastalığı olup ülkemizde sık olarak karşımıza çıkmaktadır. *Echinococcus granulosus* dünyada oldukça yaygın olup çoğunlukla köpek dışkısı yoluyla insana bulaşan tarım ve hayvancılığın yaygın olduğu ülkelerde sık görülen paraziter bir hastalıktır. Köpek dışkısı ile dış ortama yayılan yumurtalar insanlar tarafından su ve gıdalarla alındıktan sonra duodenumda yumurtadan ayrılan embriyo vena porta veya lenfatik sistem yoluyla en sık karaciğere, ikinci olarak akciğerlere yerleşir. Bu yerleştikleri bölgelerde larva şeklini alarak hidatidosis (hidatik kist) oluşumuna neden olurlar (1-4). Semptomsuz seyrebilmesi nedeniyle gerçek prevalansı bildirilememiştir (1). Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1965-95 yılları arasında sadece bakanlığa bağlı hastanelerde tanı konulan olgu sayısı 51500'dür. Kist hidatik (KH) olgu sayısı 2001-2005 yılları arasındaki toplam 16.101 olarak bildirilirken Marmara Bölgesi'nde toplam 3.628 olguya KH tanısı konulduğu ülkemizde prevalansın 50-400/100,000, insidansın ise 3.4/100,000 olduğu bildirilmektedir (5-9).

Kistlerin çoğu asemptomatiktir ve en sık karaciğer ve akciğerlerde görülür (10). Nadiren kaslarda, kemiklerde, böbreklerde, beyin ve dalak gibi organlarda görülebilir. Çocuklarda akciğer tutulumunun daha sık olduğu ve sıklıkla sağ alt loba yerleştiği bildirilmektedir (1, 5).

Akciğer tutulumu olan kist hidatik olgularında öksürük, nonspesifik ateş yüksekliği, göğüs ağrısı, dispne, yan ağrısı, kaya suyu ekspektasyonu ve hemoptizi gibi bulgularla başvurabilir (1-5). Hastalığın tanısı klinik bulgular, görüntüleme yöntemleri ve serolojik testlerden yararlanılarak konulmaktadır.

Akciğer kist hidatiği olgularının %2-9'unda kistin rüptürüne bağlı olarak kaya suyu ve membran ekspektasyonu olduğu bildirilmektedir (2). Biz de akciğer kist hidatik rüptürü olan bir vakayı sunmayı amaçladık.

OLGU

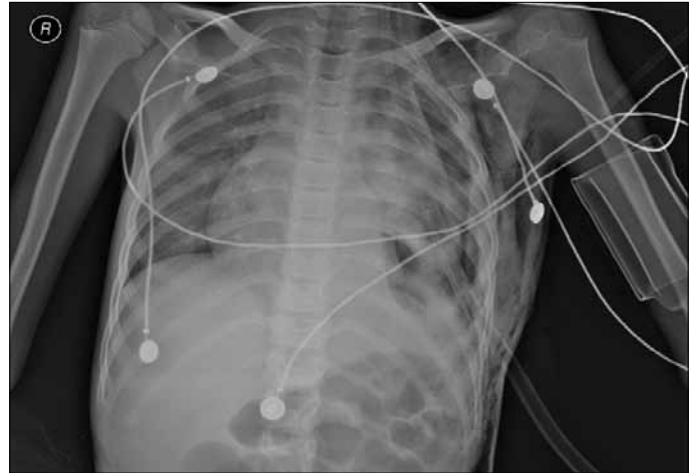
On yaşındaki erkek hasta (M.S.) son bir haftadır halsizlik, ateş yüksekliği, öksürük, sıvı kıvamında balgam çıkarma, yan ağrısı ve kilo kaybı şikâyetleri ile getirildi. Hastanın kırsal bölgede yaşadığı ve birkaç gündür şikâyetlerinin şiddetinin arttığı öğrenildi. Fizik muayenede genel durum orta, ateş 38.5°C, tansiyon 110/70 mmHg, oksijen saturasyonu nazal O₂ almaktayken %85 olarak ölçüldü. İncelemede hasta takipneik (35/dk), interkostal çekilmeleri mevcut ve sol hemitoraks solunuma katılmıyordu. Dinlemekle sol akciğerde solunum sesleri kaybolmuş, kardiyak nabız 100/dk ve ritmik, kalp tepe atımı sağa kaymıştı. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar bulgusu olarak Hbg; 9.51/gr, WBC; 21.000/mm³, PLT; 158.000/mm³, CRP; 9.33 mg/dL olarak ölçüldü. Akciğer grafiğinde sol pnömotoraks ve sol alt lobda hava-sıvı seviyesi veren dairesel şekilli lezyon mevcuttu. Akciğer Tomografisinde sol hemitoraksta toraks boşluğunu totale yakın dolduran hava kisti, plevral effüzyon ve alt segmentlerde rüptüre kist hidatiği düşündürülen germinatif membran görünümü (nilüfer bulgusu) mevcuttu. Mediastinal yapılarda sağa deviasyon ve sağ akciğer orta lobda kompresyon atelektazisi saptandı.

Olguya acil olarak 6. İnterkostal aralıktan tüp torakostomi uygulandı. Yapılan girişim hastanın genel durumunu düzeltmekle birlikte sol akciğerde tam ekspansiyonu sağlayamadığı için tora-

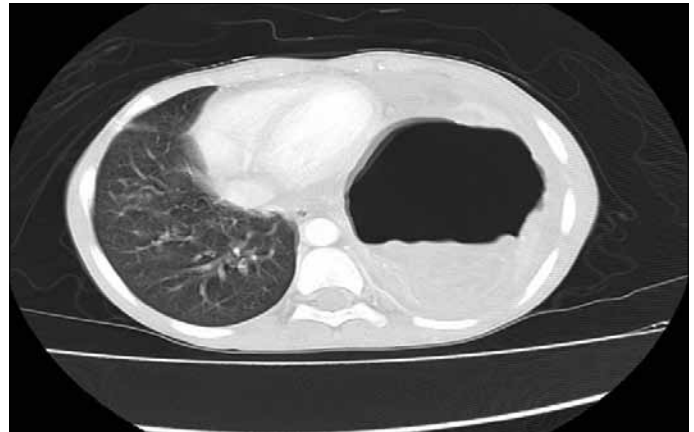
kotomiye karar verildi. Gerekli ön hazırlıkları tamamlandıktan sonra sol torakotomi yapıldı. Plevral kalınlaşma ve alt lobda yer alan yaklaşık 12 cm çapında rüptüre kist hidatik saptandı. Germinatif membran eksize edilerek bronkoplevral fistüller non-absorbable sütürlerle onarıldı. 32 F toraks tüpü yerleştirilerek işlem sonlandırıldı. Postoperatif 3. gün başlayan bronkoplevral fistül nedeniyle 15. gün tekrar torakotomi yapıldı. Dekortikasyon, bronkoplevral fistül tamiri, stapler kullanılarak destrükte olan akciğer bölgesine parsiyal akciğer rezeksiyonu ve kist duvarına kapitonaj işlemleri yapıldı. Postoperatif sorunu olmayan hasta 7. gün toraks tüpü çekilerek taburcu edildi (Şekil 1-4).

TARTIŞMA

Kist hidatik tanısı, anamnez, fizik muayene, laboratuvar bulguları ve görüntüleme yöntemlerinden yararlanılarak konulmaktadır. Çoğu asemptomatik olmakla birlikte çocuklarda akciğer tutulumu daha sık olarak görüldüğü bildirilmektedir. Bizim olgumuzda akciğere yerleşmişti. Akciğer Grafisi, Toraks USG ve Tomografi görüntüleme yöntemleri tanıya yardımcı yöntemlerdir. Laboratuvar bulgularından İndirekt Hemaglutinasyon (IHA), İndirekt Floresan Antikor (IFA) ve Enzim İmmün Assay (EIA), Kompleman Fiksasyon (Weinberg) testleri tanıda kullanılmaktadır. *Echinococcus multilocularis* ve *Echinococcus granulosus*'un oluşturduğu antikolların (Ig G1, G2 ve G4) tespiti için İndirekt Hemaglutinasyon Testi ve ELİSA gibi tekniklerden yararlanılmaktadır. Western Blot testi



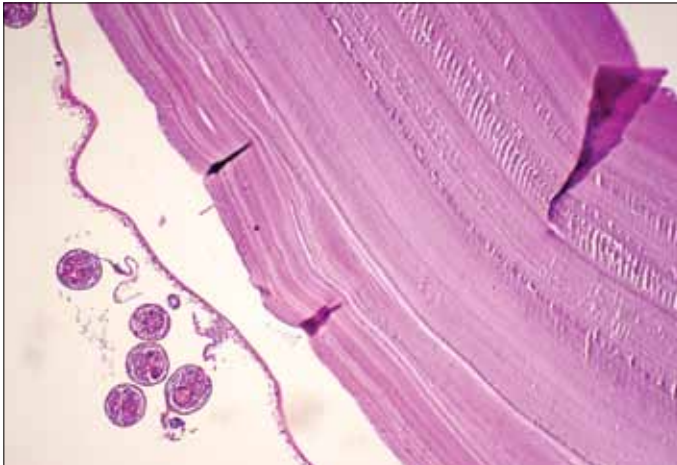
Şekil 1. Akciğer sol alt lobda kistik görünüm



Şekil 2. Akciğer tomografisinde kistik yapının görünümü



Şekil 3. Akciğer tomografisinde nilüfer görüntüsü



Şekil 4. Kist hidatik olgusunda skoleksler, germinatif membran ve kütiküler membran izlenmektedir (H&Ex10)

doğrulama testi olarak kullanılmaktadır. Akciğer kist hidatidinde %50'lere varan negatif test sonuçları nedeniyle tanıyı dışlatmaz. Balgamın patolojik incelemesinde skolekslerin gösterilmesi tanıda patognomonik bulgudur (1, 2).

Kist hidatikte yerleştiği organa bağlı olarak semptomlar oluşmaktadır. Kistin yılda 1-2 cm büyüyebileceği bildirilmektedir. Akciğer yerleşiminde Tomografi ile görüntüleme yönteminden yararlanıldığında yapılan çalışmalarda çeşitli yerleşim yerleri bildirilmiştir. Akciğer kistlerinin %72 oranında tek, %28 oranında multiple olabileceği bildirilmiştir (1, 10). Akciğer kistleri daha çok sağ alt loba yerleşir (11, 12). Doğan ve arkadaşları (13), 1055 hastada yapılan çalışmada en sık sağ akciğere yerleşim gösterdiğini ortaya koymuşlardır. Mikhailova ve arkadaşları ise (1, 14); 196 vakayı içeren çalışmalarında ise %48.9 sol, %40.3 sağ, %10.8 bilateral akciğer kisti olduğunu belirtmişlerdir. Sakarya ve arkadaşları ise (3) 21 vakalık yaşları 6 ile 65 yaş aralığında olan bir çalışmada en sık akciğer sağ alt loba yerleşmiş olduklarını gösterdiler. Bizim vakamızda ise sol akciğere yerleşmiş bir büyük rüptüre olmuş kist vardı.

Genel olarak akciğer tomografisinin tanıda yeterli olduğu bildirilmektedir (3). Tomografide nilüfer çöçüğü, hidroaerofik seviye

(hava-sıvı seviyesi), endokist ve perikist aralığına hava girmiş ise menisküs (crescent) bulgusu, kist çevresinde pnemonik infiltrasyon, plevral mayii ve pnömotoraks varlığı, kistin rüptüre olduğunu gösteren önemli bulgulardır. Plevral sıvı ve kronik enfekte kistlerin ise pyojenik abseden ayrımı zor olabilir (3). Bizim olgumuzda da tüm bu bulgular mevcuttu ve operasyon sonrası patolojik olarak değerlendirilmesi yapıldı (Şekil 4).

Akciğer kist hidatidinin primer tedavisi cerrahi olup kistotomi en sık kullanılan yöntemdir. Kapitonaj yapılmasının gerekliliği konusunda fikir birliği yoktur. Turna ve ark. (15), 71 vakalık serilerinde kapitonaj yapılmasının herhangi bir avantaj sağlamadığını bildirmişlerdir. Olgumuzun ilk ameliyatında kapitonaj işlemi yapılmamış olup bu durum uzamış bronkoplevral fistüle ile sonuçlanmıştır. İkinci ameliyatta ise kapitonaj işlemi yapılmış olup postoperatif dönemde hiç hava kaçağı saptanmamıştır. Bu olgunun verdiği klinik deneyim, özellikle büyük çaptaki kistlerde kapitonaj işleminin bronkoplevral fistül gelişimini önleme yönünde faydalı bir yöntem olduğunu düşündürmektedir.

Öksürük, yan ağrısı, nonspesifik ateş yüksekliği, ani kaya suyu ekspektorasyonu şikâyetleri olan olgularda Ülkemizde kist hidatik olgularının yaygınlığı nedeniyle ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiği kanısındayız.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Akçay A, Özdemir Ö, Gürses D, Ergin H, Kılıç İ, Sarıoğlu A ve ark. Üç olgu nedeniyle akciğer kist hidatidini yeniden bakış. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 3: 29-31.
2. Sırmalı M. Akciğer kist hidatikleri ve cerrahi tedavisi. Tıp Araştırmaları Dergisi 2005; 3: 46-9.
3. Sakarya ME, Arslan H, Uzun K, Er M, Özbay B, Ödev K. Akciğer kist hidatidinde konvansiyonel radyografi ve bilgisayarlı tomografi bulguları. Van tıp dergisi 1998; 5: 93-6.
4. Tiryaki T, Şenel E, Akbiyik F, Mambet E, Livanelioğlu Z, Atayurt H. Kist hidatik hastalıklı çocuklarda on yıllık deneyimimiz. Türkiye Çocuk Hast Derg 2008; 2: 5-10.
5. Çakır D, Çelebi S, Gürpınar A, Aşın M, Bozdemir EŞ. Kist hidatikli olguların değerlendirilmesi. Çocuk Enf Derg 2009; 3: 104-8.
6. Sayek I, Tırnaksız MB, Doğan R. Cystic hydatid disease: current trends in diagnosis and management. Surg Today 2004; 34: 987-96.
7. Altıntaş N. Past to present: echinococcosis in Turkey. Acta Tropica 2003; 85: 105-12.
8. Altıntaş N. Ekinokokkozis sorunu ve Türkiye. 4.Ulusal Hidatoloji Kongresi, 25-28 Haziran 2008, Malatya-Türkiye. 2008; 1-3.
9. Köktürk O, Gürüz Y, Akay H, Akhan O, Biber Ç, Çağırıcı U ve ark. Toraks Derneği Paraziter Akciğer Hastalıkları Tanı ve Tedavi Rehberi Toraks Dergisi 2002; 3: 1-16.
10. Hakverdi S, Çulha G, Canda M, Ş, Yaldız M, Altıntaş S. Hatay İli'nde kistik ekinokokkozis sorunu. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2008; 32: 340-2.
11. Aytac A, Yurdakul Y, İzikler C, Olga R, Saylam A. Pulmonary hydatid disease. Report of 100 patients. Ann Thorac Surg 1977; 23: 145-51.
12. Xanthakis D, Efthimiadis M, Papadakis G, Primikiriou N, Chassapakis G, Roussaki A, et al. Hydatid disease of the chest; Report of 91 patients surgically treated. Thorax 1972; 27: 517-28.
13. Doğan R, Yüksel M, Çetin G, Süzer K, Alp M, Kaya S, et al. Surgical treatment of the hydatid cyst of the lung: report on 1055 patients. Thorax 1989; 44: 192-9.
14. Mikhailova V, Brankov O, Drebov R. The surgical treatment of pulmonary and associated echinococcosis in childhood. Khirurgiia (Sofia) 1999; 55: 16-20.
15. Turna A, Yılmaz MA, Hacıbrahimoglu G, Kutlu CA, Bedirhan MA. Surgical treatment of pulmonary hydatid cysts: is capitonage necessary? Ann Thorac Surg 2002; 74: 191-5.